

Serie 1.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

N° 897

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ANGINE SYPHILITIQUE
AUX TROIS PÉRIODES

(DYSPHAGIE PROLONGÉE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 Janvier 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI CARBONNIER

Né le 2 Juillet 1872, à Paris.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Janvier 1894

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ANGINE SYPHILITIQUE
AUX TROIS PÉRIODES
(DYSPHAGIE PROLONGÉE)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 Janvier 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI CARBONNIER

Né le 2 Juillet 1872, à Paris.

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.. . . .	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	ROLLET.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. WEILL.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	BOUVEAULT,
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	BARRAL id.
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)	VIALLETON.	

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROLLET, Président; M. POLLOSSON (M.), Assesseur; MM. AUGAGNEUR et ROLLET (Ér.) Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

TÉMOIGNAGE DE PROFONDE AFFECTION

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ROLLET

EX-CHIRURGIEN EN CHEF DE L'ANTIQUAILLE

A M. LE DOCTEUR GAREL

MÉDECIN DES HOPITAUX

A MES MAÎTRES ET A MES CHEFS

INTRODUCTION

L'idée première de ce travail nous fut inspirée en 1892, par M. le D^r Garel, médecin des hôpitaux, à la clinique duquel nous eûmes la bonne fortune d'être attaché quelque temps en qualité d'externe. Il nous fit remarquer les incertitudes de diagnostic auxquelles donnaient lieu certaines manifestations syphilitiques de l'arrière-gorge. Les cas sont trop nombreux, en cette région lyonnaise, pour qu'il ne s'en trouve pas quelque'un de temps à autre, qui prête à la discussion et demande une sérieuse analyse. Nous fûmes frappé comme lui de ce fait que les malades venaient toujours accusant une dysphagie longue et tenace, fait constant à côté de la diversité des troubles fonctionnels auxquels peuvent donner lieu les diverses lésions syphilitiques de la région naso-pharyngée.

De là, à se demander si ce symptôme, constant dans la

syphilis, était bien fréquent dans d'autres affections, il n'y avait qu'un pas. Or, les statistiques de la Croix-Rousse répondaient par la négative, et rapportaient à la syphilis la grande majorité des cas où les malades accusent une telle dysphagie. M. le D^r Garel fit d'ailleurs, paraître, en octobre de la même année¹, une intéressante monographie où il enregistrait les résultats acquis. Notre désir et de reprendre cette discussion et d'étayer sur quelques faits nouveaux l'idée que notre Maître défend avec l'autorité de son expérience.

Entrée dans la pratique courante, cette notion clinique est susceptible peut-être d'éviter quelques erreurs de diagnostic, quelques thérapeutiques irrationnelles. Est-il rien de plus séduisant, au début de sa carrière médicale, que de concourir à une telle vulgarisation !

C'est donc l'idée dominante des quelques pages qui suivent. En matière de syphilis, une division classique s'impose, et il n'y a aucune raison de l'oublier ici, puisque la syphilis frappe la gorge et donne des phénomènes douloureux aux trois périodes. Nous chercherons dans les chapitres I, II et III à donner une idée de ce qu'est fréquemment l'angine syphilitique (une telle dénomination, réservée par quelques-uns à la période secondaire, s'applique assez légitimement aux deux autres); le chapitre IV enregistrera quelques résultats thérapeutiques ;

¹ *Lyon médical*, n^{os} des 2 et 9 octobre 1892.

le chapitre V dégagera, si possible, une formule pratique des faits observés.

Avant tout, nous désirons remercier M. le D^r Garel de ses conseils éclairés, comme de sa bienveillance charmante.

M. le professeur Rollet nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. C'est placer un modeste travail sous un haut patronage, et nous espérons qu'il voudra en excuser les lacunes et les imperfections.

L'aimable accueil que nous avons trouvé à l'Antiquaille, en la personne surtout de M. Aubert, chirurgien des hôpitaux et de M. le professeur Rollet, agrégé, ajouterait encore, si possible, au bon souvenir que nous emportons des hôpitaux de Lyon, et des divers services que notre situation d'externe nous a permis de fréquenter. Nos Maîtres à l'Ecole du service de Santé militaire ont bien voulu nous témoigner de la bienveillance ; celle de nos chefs nous permet, en dépit d'une santé trop inégale, d'arriver sans encombre à la fin de ces trois années d'études et de poursuivre une carrière au cours de laquelle nous chercherons toujours à nous montrer digne de cet intérêt.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552608_0034

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ANGINE SYPHILITIQUE
AUX TROIS PERIODES
(DYSPHAGIE PROLONGÉE)

CHAPITRE PREMIER

Chancre de l'Amygdale.

Les observations de chancre de l'amygdale sont nombreuses depuis que les travaux de l'école lyonnaise ¹ ont attiré l'attention sur cette localisation extra-génitale et la banalité de son étiologie. Il n'est pas douteux cependant qu'un grand nombre passent inaperçus; et, sans parler de ces cas où le diagnostic a pu sembler insurmontable, cela tient surtout à ce que, dans la pratique courante, on ne pense pas assez à la possibilité de l'infection par cette voie.

Une amygdale est grosse, rouge, fendue d'une ulcération à fond grisâtre; autour de la glande enflammée, les piliers sont rouges comme les portions avoisinantes du voile, la luette parfois tuméfiée du même côté. Tel est

¹ Rollet (1858). Diday (1861).

l'aspect objectif qu'offraient la série des chancres que nous avons eu l'occasion de voir en pleine évolution, dans le courant des années 1892-1893 : telle est certainement la forme la plus commune. La première impression est celle d'une amygdalite gangréneuse, ou même d'une diphtérie pour peu qu'il y ait de l'état infectieux, que la « fausse membrane » soit étendue, l'engorgement ganglionnaire très marqué. L'erreur est excusable, ou plutôt le serait si la marche de l'affection n'en révélait, quand on l'étudie d'un peu près, la nature spéciale.

C'est surtout la persistance des phénomènes douloureux qui doit donner l'éveil. Une amygdalite donne des symptômes très aigus, mais huit, quinze jours au plus. Ici, après deux, trois semaines et davantage, quand le sujet se décide à venir consulter, ayant épuisé des médications disparates, la douleur a l'acuité du premier jour, ou peu s'en faut.

L'observation suivante donnera une idée de ce qu'est l'évolution du chancre de l'amygdale dans la majorité des cas.

L..., sous-officier, entre au début de janvier 1893 à l'hôpital Desgenettes : il souffre de la gorge et avale à grand'peine depuis plus de quinze jours. La dysphagie a éclaté très vive d'emblée ; il ne s'est pas exposé au froid et ne peut invoquer aucune cause occasionnelle.

Depuis la veille s'était développée au côté droit du cou une tuméfaction ganglionnaire qui lui fit craindre les oreillons.

A la visite, on dit « angine » et prescrit de simples gargarismes. Le repos amende un peu son état, mais il ne prend que du lait et avale très difficilement.

Bientôt l'acuité de la douleur, alliée à un mauvais état général (courbature, température 39°,3) nécessitent son envoi à l'hôpital.

La première impression est qu'il s'agit d'une diphtérie, puis on revient au diagnostic d'amygdalite gangréneuse, que justifie l'aspect de la glande. On se borne en conséquence à des attouchements iodés, avec fréquents gargarismes.

Nous vîmes ce malade le 8 janvier, anémié et faible, car il s'alimente et dort mal. La dysphagie, qui dure depuis plus de trois semaines, a toujours été localisée au côté droit. Il a l'envie continue de déglutir à vide ; ses crachats sont de teinte sale et de mauvaise odeur.

L'adénopathie est notable ; une chaîne ganglionnaire part de l'angle de la mâchoire et se prolonge sous le sterno-mastoidien, formant une grosse tumeur au côté droit du cou (nous attirons chemin faisant l'attention sur cette adénopathie à forme un peu spéciale, que nous avons constatée dans deux autres cas).

Le fond de la gorge est rouge dans son ensemble, sans localisation de la rougeur au voile ; la luette enflammée et bosselée du côté droit ; l'amygdale creusée d'une ulcération irrégulière, que recouvre un exsudat blanchâtre, lardacé, analogue à un exsudat diphtérique.

La muqueuse adjacente des piliers est rouge, tuméfiée, indurée ; la glande elle-même semble cartilagineuse à la pression de l'index ; l'exsudat fait corps avec elle et un pinceau le déterge presque absolument.

L'amygdale gauche est absolument saine.

Il s'agissait évidemment d'un chancre. Quelques jours plus tard, on constatait une roséole, tandis que le mal de gorge cédait après une durée d'un mois qui est parfaitement la règle. La gorge était guérie et la syphilis secondaire s'accroissait, quand il rentra au corps avec un traitement à suivre.

La femme, qu'il s'obstinait à ne pas vouloir suspecter, était à la même époque soignée à l'Antiquaille pour plaques muqueuses buccales, dont une à la lèvre.

S'explique-t-on une sensibilité aussi vive ? Il suffit de réfléchir aux modifications profondes et durables que le chancre imprime à la structure de la glande. Celle-ci, de

souple et malléable, est devenue ligneuse et doit réagir douloureusement au passage du bol sur lequel elle s'adapte mal. Son volume même cause de la gêne, l'ulcération qui s'effectue aux dépens du tissu morbide ajoute à sa sensibilité. La muqueuse oedématiée forme à l'ulcère un bourrelet saillant; une vive réaction de voisinage rend enfin sensible aux pressions tout ce qui avoisine l'amygdale malade.

Mais cette netteté d'aspect n'est ni constante ni indispensable; le chancre ne se présente pas toujours avec ses caractères classiques et parfois ne semble différer en rien d'une hypertrophie vulgaire. Il est des cas où l'allure bizarre du mal de gorge, sa longue durée, sont la seule raison valable de suspecter un chancre. Et de fait, en examinant de plus près l'amygdale, en appréciant sa consistance à l'index, les ganglions indurés qui se combinent à son hypertrophie, vous trouverez de plus en plus légitime un diagnostic que l'éclosion des accidents secondaires rend bientôt certain.

C'est qu'en effet le retard que les malades mettent à venir consulter oblige souvent à établir ce diagnostic avec des caractères peu marqués ou effacés par le temps.

Par exemple dans ces cas où la susceptibilité de la gorge, après l'évolution d'un chancre de l'amygdale, a favorisé l'éclosion de poussées secondaires précoces qui, lui succédant, prolongent encore la dysphagie. On sait que certains auteurs ont admis la transformation « sur place » du chancre.

C'est le cas de cette fillette de dix-sept ans, qui vient consulter, en février 1893, avec une amygdalite double, surtout marquée

d'un côté (avec pléiade ganglionnaire) ; une poussée de plaques muqueuses endolorit le fond de la gorge qui, dans son ensemble, est très enflammé. Son mal de gorge en continue pour ainsi dire un autre dont tout, l'attention étant éveillée sur ce point, permet de reconstituer la nature chancreuse. Au reste, elle nie tout rapport sexuel et n'a pu être contaminée que par sa sœur aînée, syphilitique avérée, avec laquelle elle couche et prend ses repas.

En août de la même année, un terrassier vient à la consultation pour un mal de gorge. Très inintelligent, il en définit si mal la nature et la durée qu'à l'aspect de deux amygdales enflammées, dont l'une est peut-être plus grosse et plus tomenteuse, on dit tout simplement : amygdalite aiguë. Or, ce malade souffrait en réalité depuis un mois, et la prétendue amygdalite n'était autre qu'un chancre à la fin de son évolution, comme on en fit le diagnostic rétrospectif lorsqu'il revint avec une nouvelle dysphagie, expliquée cette fois par une poussée de plaques muqueuses. On ne trouva qu'une étiologie admissible : il buvait à la cruche commune d'un chantier en y portant les lèvres.

Chez un autre malade qui souffre presque continuellement depuis trois mois, l'amygdale droite est grosse et fort dure : une pléiade ganglionnaire lui correspond. Le sujet n'a jamais eu de chancre à la verge ; il est assez sujet aux maux de gorge, mais c'est le premier qui s'éternise à ce point. Actuellement, il présente un superbe érythème vermillon du voile et des piliers, avec de nombreuses plaques muqueuses.

C'est en effet une chose digne de remarque que le chancre de l'amygdale se développe avec prédilection chez les sujets dont la gorge est sensible et fréquemment enflammée. Là comme ailleurs, il faut une porte d'entrée, et on conçoit aisément que les diverses amygdalites créent le point faible, de même qu'une poussée d'herpès au gland facilite singulièrement l'éclosion du chancre génital.

Diday expose avec une merveilleuse netteté les éléments du diagnostic rétrospectif :

« Il restera peu de doute au médecin, dit-il, sur la nature chancreuse de l'angine qu'un syphilitique accuse dans ses antécédents, si cette angine a commencé quinze jours à trois semaines après des rapports qu'il avoue suspects ou malsains, s'il n'était pas habituellement sujet aux angines, si la douleur a été unilatérale, *si elle a duré trois à quatre semaines*, si quoique intense, elle n'a pas causé de réaction fébrile, si elle s'est accompagnée d'adénopathie localisée à la région sous-maxillaire correspondante, si les symptômes de la syphilis ont débuté six à huit semaines après le commencement de cette angine, enfin si le malade n'avait eu en temps utile aucun autre chancre en d'autres parties. »

Or, de tous ces signes que l'interrogatoire devra s'efforcer de retrouver, celui qui a frappé, inquiété le plus le malade est certainement la durée du mal de gorge.

Nous avons le souvenir d'un malade (salle Sainte-Elisabeth) présenté par M. le professeur Lépine à une de ses cliniques en 1892. Des cicatrices blanchâtres au pharynx, gaufrées au voile représentaient les vestiges d'un processus ulcératif assez ancien qui avait pu en deux jours faire tomber la luette. M. Lépine inclinait pour le diagnostic *syphilis*, un lupus aussi malin ne pouvant pas guérir aussi bien. D'ailleurs le malade avait pris de l'iodure. Mais il niait tout accident primitif ou secondaire, et il fallait remonter loin dans les antécédents pour lui faire raconter qu'au régiment il avait eu une angine dite *ulcéreuse* qui donna trois semaines de dysphagie accentuée. La douleur était localisée d'un seul côté sans irradiation à l'oreille ; il y avait crachotement continu de salive.

Un vieux malade de l'Antiquaille, atteint d'hémiplégie syphiliti-

que, et qui *n'avait jamais eu de chancre*, se souvenait très nettement d'un grand mal de gorge qui datait de vingt ans déjà : une autre crise de dysphagie correspondait sans doute à une poussée secondaire.

A la même salle Sainte-Camille (n° 13) était soigné en novembre 1892 pour iritis, un sujet dont l'histoire était curieuse. Au début de septembre, il était admis à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Bruno), souffrant déjà depuis plusieurs jours pour avaler, surtout au côté gauche, avec irradiations vers l'oreille du même côté. On crut à une angine simple et il sortit de l'hôpital sans être averti de sa spécificité. Le mois suivant, après une éruption qui l'étonna fort, survint un iritis qui l'obligea à monter à l'Antiquaille.

Son amygdale gauche était encore grosse et dure au toucher : il y avait des ganglions sous-maxillaires.

Un homme de cinquante-neuf ans vint consulter M. Garel en août 1892 pour une ulcération amygdalienne qui le faisait souffrir depuis trois mois. C'était une syphilide ulcéreuse que l'iodure guérit très vite. Il niait tout accident syphilitique, mais racontait complaisamment un mal de gorge qui, trois ans avant l'accident actuel, se prolongea un mois, avec crachats purulents, et fut suivi d'une poussée de « boutons » dans la bouche.

Un autre, vu en février 1892, souffrait presque continuellement depuis huit mois. Tout au début, il s'agissait d'une amygdalite intense, avec enduit grisâtre et retentissement ganglionnaire, si bien qu'on avait diagnostiqué la diphtérie. A l'examen de la gorge, une poussée de plaques muqueuses comme une éruption rubéolique, confirmait la syphilis secondaire, qu'aucune autre porte d'entrée n'expliquait.

Des observations de ce genre laissent peu de place au doute, et leur nombre doit faire réfléchir à l'opinion de Diday sur la *rareté apparente* du chancre de l'amygdale.

Nous voulons encore raconter brièvement une histoire curieuse.

Il s'agit d'une femme de la campagne qui vint à l'Antiquaille l'an dernier, se plaignant d'un *singulier* mal de gorge, qui datant de près d'un mois, commençait seulement à diminuer. Elle amenait avec elle sa fille atteinte d'un mal analogue, quoique plus récent.

Cette femme venait de rendre à ses parents un enfant qui, à son dire, aurait eu des maux par le corps, notamment de gros boutons au périnée. Elle ne lui donnait pas le sein, mais le nourrissait avec le biberon et la cuiller. La petite fille prenait constamment les mêmes soins.

Elle s' imagine donc que toutes deux ont pris mal avec ce nourrisson malsain. Dans ses antécédents à elle, rien de suspect ; mère de cinq enfants bien portants, elle a nourri plusieurs fois sans encombre.

Chez les deux femmes, une des amygdales est grosse, rouge, creusée en gouttière : il y a des ganglions sous-maxillaires correspondants. L'inflammation est plus vive chez la fille, et les caractères objectifs plus marqués.

Elles se soumettent à un examen de quelques jours, qui n'apprend rien de neuf, car le mal de gorge décline et aucun accident secondaire n'apparaît. Il leur faut repartir, sans l'attestation médicale qui pourrait servir à demander des dommages et intérêts aux parents du nourrisson.

On oubliait donc cette histoire, quand fut amenée à la consultation gratuite du même hôpital une fillette de treize mois, avec des plaques muqueuses au périnée et à la lèvre. C'était l'enfant même que suspectaient les demandeurs.

La mère de cette fillette disait seulement que la nourrice avait rendu l'enfant très malpropre, et qu'elle s'était aperçue des boutons périnéaux quelques jours plus tard en faisant sa toilette.

Une telle constatation, jointe à tout le reste, ne laissait pas grand doute sur la nature du double mal de gorge et pouvait légitimer les plaintes de la nourrice.

Un tribunal eût-il pensé de même ? On sait de combien de précautions il importe de s'entourer dans les affaires de ce genre, mais le jugement suivant que les *Annales de*

Derm. et Syph., rapportent dans leur numéro de mars 1893 ne laisse pas que d'étonner beaucoup.

Il s'agit encore d'une *nourrice sèche*, c'est-à-dire d'une femme qui nourrissait au biberon et à la cuiller un enfant d'ailleurs nettement syphilitique et qui se plaignait d'avoir été infectée.

« Pas d'ulcération génitale ou de ganglions à l'aîne, dit le rapport, rien sur le tégument, rien aux seins qui sont flasques et vides de lait. » Il y a quelques ganglions sous-maxillaires à droite, la femme souffre de la gorge depuis quelques jours. Mais, *l'attention étant portée exclusivement sur le sein*, on néglige l'examen de la gorge, et affirme que la malade n'est pas infectée. Vingt-trois jours après, la dysphagie persistant, on se décide à cet examen qui montre une amygdale droite creusée en gouttière. Puis surviennent les accidents secondaires. Conclusion : la nourrice, peu ou mal défendue, fut déhoutée *en l'absence du chancre mammaire*.

Le chancre mammaire « pivot de toute enquête », admis de tous les tribunaux, semble être le seul que la nourrice ait pu contracter : « C'est *évidemment* au mamelon, dit Langlebert, que devra se trouver ce symptôme initial, cet indice accusateur par excellence à la charge du nouveau-né. »

Il est indéniable que c'est le plus valable en l'espèce et que la contagion directe qu'il suppose est de nature à satisfaire pleinement l'esprit. Mais peut-on nier qu'il soit des cas où tout permet de supposer une contagion médiate, indépendante de l'allaitement et liée à d'autres soins ? En d'autres termes les *nourrices sèches* échappent-elles plus facilement à la contamination ?

Celle-là est destinée à soulever bien des défiances d'abord parce que l'étude de cette localisation extra-génitale est de date récente, et que le vulgaire a mal à concevoir que l'acte

le plus honnête, celui de donner un baiser ou de porter une cuiller à la bouche, puisse donner naissance à un chancre amygdalien.

Il est certain aussi que ce chancre n'aura jamais la valeur de l'autre, en ce qu'il laisse mieux la place à la supposition d'une contagion étrangère. C'est un point faible que les défenseurs ne manqueraient pas d'exploiter, en un débat où il faut des faits certains, mathématiques, pour conclure dans tel ou tel sens.

En dépit de ces considérants, la coexistence d'un chancre amygdalien chez la nourrice et de lésions spécifiques buccales chez le nourrisson laissera peu de doutes dans l'esprit du médecin expert. Que si les lésions ont disparu de part et d'autre, il y aura un diagnostic rétrospectif à faire, qui s'appuiera sur l'aspect un peu spécial qu'a souvent gardé l'amygdale, la persistance de l'adénopathie, et surtout sur la longue durée du mal de gorge. Une nourrice ou plutôt une femme qui prend soin d'un enfant a des accidents secondaires ; on cherche un peu partout les traces du chancre, et cette recherche (nous l'avons vu) conclut à la négative, quand la simple analyse d'un mal de gorge eût mis sur la voie de la véritable porte d'entrée.

Qu'on excuse cette digression médico-légale. A la fin d'un chapitre dont le double but est de démontrer la fréquence relative du chancre amygdalien, l'importance de la durée du mal de gorge pour son diagnostic, il nous a semblé que c'était une application intéressante de l'une et de l'autre donnée.

CHAPITRE II

Accidents secondaires.

« Il est bien rare, dit Fournier¹, que dans le cours de la période secondaire, les malades n'aient pas à souffrir une ou plusieurs fois de la gorge. »

Des visites répétées à la salle Sainte-Camille (Antiquaille : vénériens hommes) nous ont édifié sur ce point. La moitié environ (11 sur 23) des syphilitiques de la salle souffraient de la gorge ou y avaient souffert d'une façon sérieuse au cours de leur période secondaire. Tous ceux d'ailleurs que nous eûmes occasion d'interroger à ce point de vue étaient encore aux premiers accidents de leur syphilis, sauf un, dont les lésions plus graves annonçaient la période secundo-tertiaire.

La douleur relève presque toujours de plaques muqueuses mal soignées, irritées par le contact incessant des

¹ Fournier, *Cliniques de Lourcine*, p. 568.

corps étrangers, et les mouvements fonctionnels des plans qui les supportent.

Mais il n'est pas exact de dire qu'elle est toujours liée aux syphilides seules. Celles-ci par elles-mêmes déterminent de la gêne plutôt que de la douleur ; ce qui intervient, c'est la réaction inflammatoire de la gorge, l'amygdalite liée aux plaques. Et cela est si vrai que l'angine syphilitique peut consister en cette simple inflammation, sans la moindre trace de plaques.

Dans les cas ordinaires, pourquoi certains sujets souffrent-ils plus que les autres et plus longtemps ? C'est une vérité banale que tous les agents irritants, le tabac et l'alcool surtout, aggravent et entretiennent le mal de gorge syphilitique, quand ils n'ont pas présidé à sa production.

De fait, à Sainte Camille, la plupart des sujets se disaient fumeurs ou chiqueurs, et quelques-uns continuaient à fumer, en dépit de la consigne sévère des salles. Il est difficile, en face de réticences voulues, de savoir au juste si l'alcool intervient souvent.

Dans maintes circonstances, nous avons retrouvé dans les antécédents des maux de gorge antérieurs, de courte durée, mais qui ont créé le point faible et pu faciliter l'éclosion d'accidents syphilitiques. Certains sujets ont une gorge affreusement susceptible.

Nous avons le souvenir, chez l'un d'eux, de trois poussées successives de plaques muqueuses, si douloureuses qu'elles empêchaient tout sommeil chaque fois pendant plusieurs jours, et si tenaces que, durant quatre mois et demi, elles ne lui laissèrent guère de repos. Cela en dépit d'attouchements au nitrate acide, aidés du traitement général. Dans les antécédents, ni alcool, ni

tabac, mais série d'amygdalites qui revenaient à la moindre occasion.

Mais on perdrait son temps à rechercher toujours le pourquoi de la ténacité de la dysphagie. Si d'une façon générale, les causes irritantes du fond de la gorge, comme les maux de gorge antérieurs, l'expliquent, une gorge antérieure, saine et non irritée, peut se couvrir de lésions syphilitiques dont le sujet souffre tout autant.

Car l'angine syphilitique est essentiellement capricieuse; et, ce qui le prouve, c'est le peu de rapport qui existe parfois entre phénomènes douloureux et lésions.

Celles-ci sont d'ailleurs très diverses; et si, dans les cas ordinaires, une forte dysphagie est liée à une poussée confluyente de plaques, elle peut relever en leur absence, de lésions moins nettement spécifiques, telles qu'un gonflement inflammatoire des diverses parties de l'isthme (*angine érythémateuse*) qui peut dans des cas assez rares n'être qu'une rougeur localisée à certaines parties (*érythème vermillon*). Enfin, la principale lésion peut consister en une hypertrophie d'une ou de deux amygdales (*amygdalite secondaire*) qui s'enflamment sans avoir besoin de l'irritation des plaques muqueuses ou restent enflammées après leur disparition.

Bien plus, à côté d'une poussée de syphilides à peu près indolore, on pourra voir ces manifestations d'allure moins spécifique donner une forte dysphagie.

Cette constatation se fait surtout dans les services de femmes syphilitiques, comme celui des Chazeaux (filles de la police) dont l'obligeance de M. Aubert nous a permis l'accès. Il n'est pas absolument rare de découvrir des

plaques buccales, greffées même sur de volumineuses amygdales, sans qu'il soit accusé autre chose qu'une gêne au passage des aliments. C'est un fait acquis, enregistré par les professeurs Cornil et Fournier dans leurs cliniques de Lourcine, que des malades s'étonnent de bonne foi de la découverte de plaques amygdaliennes. D'une façon générale d'ailleurs, la syphilis secondaire est moins douloureuse chez la femme, peut-être parce qu'elle abuse moins habituellement des agents irritants. Ce qui ne la met nullement à l'abri des crises de dysphagie. Par exemple, à relever dans les observations du service :

Femme, dix-sept ans, entre souffrant depuis quinze jours. La gorge est rouge sans plaques. On ordonne frictions mercurielles. Elle souffre encore huit jours durant sans que les lésions changent d'aspect.

Femme, vingt et un ans, souffre à l'entrée depuis près de vingt jours. Le bord du pilier gauche est un peu inégal, il présente une plaque opaline. On la touche au nitrate acide et donne 2 grammes d'iodure. Elle sort cinq jours après, guérie; quoiqu'il reste une plaque opaline, qui est régulièrement touchée.

Un mois après, on la voit revenir, souffrant à nouveau. Cette fois-ci, il y a simple infiltration subœdémateuse de l'arrière-gorge sans lésion nette. Peut-être l'amygdale droite a-t-elle un aspect opalin. On donne 2 pilules Dupuytren en même temps que les attouchements locaux. Quand la dysphagie céda, sa durée était de trois semaines.

Femme, trente-cinq ans. Au cours de sa syphilis secondaire, régulièrement traitée, dit souffrir en avalant. La gorge est seulement rouge et les amygdales notablement enflammées. La dysphagie est telle qu'elle ne veut plus prendre que de la soupe.

On donne 4 grammes d'iodure. Pendant quinze jours encore, la déglutition est pénible. On note à la sortie : gorge irrégulièrement

rouge, sans plaques muqueuses. Il en reste une à la face interne de la joue gauche.

En dehors d'un tel milieu, où le dire des malades est toujours sujet à caution, nous avons été souvent frappé, à la consultation de la Croix-Rousse, de ce que de faibles lésions peuvent donner comme symptômes douloureux. Fournier ne fait-il pas, d'ailleurs, cette constatation que « de violentes douleurs d'angine peuvent s'observer sans qu'il y ait à la gorge de lésions appréciables? »

Femme, vingt et un ans. — D. intense de trois mois.	Amygdale droite «suspecte», petite tache bleuâtre.
--	---

Homme, trente ans. — D. de plus d'un mois.	Gorge enflammée avec quel- ques taches opalines.
---	---

Homme, vingt-trois ans. — D. presque ininterrompue de- puis cinq mois.	Liseré bleuâtre à droite; à gauche, légère plaque mu- queuse.
--	---

Homme, vingt-six ans. — D. de dix-huit jours.	Amygdalite légère.
--	--------------------

Femme, vingt-trois ans. — D. d'un mois et demi.	Amygdales « suspectes ».
--	--------------------------

Homme, trente ans. — D. d'un mois, très accentuée. Ama- grissement.	Plaque muqueuse du pilier postérieur droit
---	---

On est en droit de s'étonner d'une telle durée, qui contraste étrangement avec le caractère fugace des accidents à la période secondaire. Et pourtant elle est fréquente, l'angine syphilitique, quand elle a trouvé un bon terrain,

ayant pour caractère de s'éterniser si on ne la combat pas d'une façon rationnelle.

Et c'est cette circonstance qui décide les malades, ignorant souvent leur syphilis, à venir consulter. Ils viennent ordinairement assez tard, la période moyenne, enregistrée dans les observations de la Croix-Rousse est d'un mois à un mois et demi, rarement avant quinze jours. Il faut d'autre part, des syphilis d'une ténacité bien spéciale pour qu'un mal de gorge s'éternise au delà de trois à quatre mois, et encore dans ce cas, est-il fréquent de noter des rémissions.

En somme, ils viennent tard, et cela peut s'expliquer en ce qu'ils ont cru souvent à une angine banale et l'ont traitée comme telle.

Le froid et l'humidité (Rollet) sont fréquemment, en effet, les causes occasionnelles. Ils causent l'angine syphilitique comme ils causeraient une angine banale, ou plutôt, il est permis de supposer que les accidents spécifiques s'installent sur une gorge déjà malade pour y évoluer tout à leur aise. Et c'est sans doute en ajoutant leur inflammation propre à celle de l'angine, qui s'éteindrait sans cette complication, qu'ils peuvent éterniser les symptômes douloureux.

Bien des cas permettent d'en préjuger :

Un client de M. Garel, fort sujet à de courts maux de gorge, racontait avoir pris à Paris une angine d'allure très ordinaire au début, mais qui, sans suppurer, mit vingt jours à guérir. Et encore n'était-ce pas une guérison, puisque depuis deux mois il n'a plus les phénomènes généraux qui ont marqué la longue évolution de cette amygdalite, et il souffre toujours pour avaler. C'est moins une douleur véritable qu'une gêne au passage des aliments.

Or, des amygdales hypertrophiées, couvertes de plaques, expliquent cette susceptibilité persistante, et peut-être aussi la durée anormale du mal de gorge initial.

Chez M. Cordier, un voyageur de commerce de trente et un ans racontait aussi que, sujet à des amygdalites qui cédaient après deux ou trois jours à de simples gargarismes, il fut étonné, ayant contracté une de ces amygdalites, de voir s'éterniser les symptômes douloureux. Un pharmacien crut à une angine banale, et ce n'est qu'après trois semaines de souffrances (il ignorait d'ailleurs sa syphilis) qu'il se décida à demander un avis éclairé. Son amygdalite était bel et bien caractérisée par des plaques muqueuses.

Cette assertion, que les lésions syphilitiques se caractérisent toujours par un début insidieux, est beaucoup trop absolue. Un auteur bien impartial, M. Sallard, dans son *Traité des Amygdalites aiguës*¹, répond : « Il est rare qu'en présence d'une amygdalite aiguë, on pense à la syphilis, mais il faut en connaître la possibilité » ; et il l'explique d'un mot en disant : « L'amygdalite syphilitique s'est alors greffée sur une fièvre syphilitique. »

Et cette fièvre syphilitique qui revêt tous les types, s'accompagne d'insomnie, d'état gastrique, se joint à la céphalée de la même période, pour faire penser à un état infectieux grave.

Sans avoir eu l'occasion de voir à la période secondaire des cas aussi accentués comme allure, nous pouvons dire que, dans certains cas, le début est tel qu'on est conduit à penser que c'est une angine aiguë banale, que la syphilis détermine ou entretient.

¹ Collection Charcot-Debove.

Et de fait, qu'est-ce au juste que l'angine syphilitique dans nombre de cas? Une poussée inflammatoire à l'isthme, et rien de plus. Un vieil auteur, Swediaur, s'explique à ce sujet avec une étonnante sagacité ¹.

« En examinant la gorge, dit-il, on ne trouve quelquefois qu'un gonflement considérable des amygdales et de la luette, accompagné de beaucoup de rougeur de ces parties et de celles qui les avoisinent. Le malade, ne soupçonnant pas même souvent dans la cause, croit avoir pris du froid et le praticien routinier prescrit des gargarismes résolvents, qu'on continue des jours et des semaines, jusqu'à ce que le malade ou le médecin commence à soupçonner son erreur, ou qu'un autre médecin appelé découvre la cause réelle du mal. »

C'est l'histoire de bien des erreurs thérapeutiques : elle explique l'utilité qu'il y a de mettre en relief ce fait que les lésions secondaires de l'arrière-gorge ne sont pas toujours aussi caractéristiques qu'on veut bien le dire.

Les plaques muqueuses du fond de la gorge, qui se développent avec une prédilection si marquée dans le triangle amygdalien, « nid à syphilides », ne sauraient guère échapper à un examen attentif. Et il est certain que le mal de gorge est presque constamment expliqué par elles. D'où vient qu'un examen rapide et non prévenu puisse les méconnaître? De ce que, toujours superficielles, elles consistent parfois en un simple dépoli de la muqueuse, d'appréciation délicate. Elles peuvent se dissimuler dans les cryptes amygdaliennes, développées à l'excès sous l'influence de l'inflammation, ou ailleurs ; enfin même,

¹ *Traité des maladies syphilitiques*, 1809.

avoir disparu lors de l'examen, laissant comme reliquat une angine dont les caractères ne sont pas aussi tranchés.

Bref, pour une raison ou pour une autre, l'hésitation est permise en face de certaines gorges euflammées, de certaines hypertrophies amygdaliennes.

On a voulu trouver un caractère distinctif dans la systématisation de la rougeur, et décrit complaisamment l'*érythème vermillon* qui dessine un coup de pinceau au voile. Sans nier cette roséole de la gorge, ni la longue dysphagie qui en relève¹, il faut reconnaître qu'elle se rencontre rarement avec cette netteté d'aspect. Et si l'angine érythémateuse est susceptible de se localiser, de dessiner des traînées et des plaques en divers points de l'isthme, bien des malades offrent à l'examen une rougeur diffuse, liée à l'état inflammatoire que la syphilis entretient.

Quant à l'hypertrophie secondaire, on sait qu'il faut en reconnaître deux variétés, l'une précoce non inflammatoire, qui tuméfie l'amygdale au même titre que les autres ganglions et ne cause que de la gêne (*h. essentielle*); l'autre qui s'accompagne de rougeur inflammatoire et mérite le nom d'*amygdalite secondaire*, avec ses deux variétés, l'une liée aux plaques muqueuses, l'autre indépendante de ces plaques.

Quel est l'aspect ordinaire de l'amygdale dans cette forme douloureuse? Son hypertrophie n'est pas lisse et unie, mais tomenteuse avec anfractuosités nombreuses et profondes; un examen attentif décèle sur les parties saillantes, entre les sillons, une teinte légèrement bleutée,

¹ Benoist, thèse de Paris, 1886.

qui rappelle la plaque muqueuse sans être la plaque muqueuse type. En somme, c'est une amygdale *suspecte*, et rien de plus : il faut déceler ailleurs des stigmates de syphilis (et cette recherche est habituellement fructueuse, puisque c'est à la période secondaire) avant de rien affirmer.

Les observations sont nombreuses qui prouvent que, dans bien des cas, l'allure spéciale du mal de gorge a, plus encore que l'aspect des lésions, dirigé l'examen dans le sens de la syphilis.

Les deux suivantes sont extraites de la monographie du D^r Garel, les autres inédites :

En novembre 1891, une femme se présente à la consultation se plaignant d'une dysphagie qui siège au niveau des amygdales et date de deux mois. De suite, en moi-même, je songe à la syphilis, mais la malade refroidit aussitôt ma conviction en me déclarant qu'elle tousse et qu'elle a beaucoup maigri. Elle me parle, en outre, d'une maladie de cœur. Elle a perdu un enfant de la diphtérie quatre ans auparavant. Elle en a éprouvé un profond chagrin, ce qui a contribué à détériorer considérablement sa santé. Je me crois en présence d'une exception qui va amoindrir la valeur du symptôme. J'examine le fond de la gorge avec soin. Les amygdales sont volumineuses avec des cryptes nombreuses ; mais elles n'ont pas l'aspect net des lésions syphilitiques. Là-dessus, la malade me dit avoir consulté un de mes collègues, un syphiliographe éminent qui lui a prescrit des toniques, des phosphates, etc., mais elle ne me signale aucun des médicaments ordinaires de la syphilis. J'arrêtais là mon examen et je me levais pour ausculter la malade, lorsque, brusquement, elle me prie d'examiner en haut de la voûte palatine une petite ulcération qui la fait souffrir. Je constate alors une splendide *plaque muqueuse cachée dans la partie supérieure et antérieure de la voûte*, dans un point que

malheureusement on ne peut voir qu'en l'examinant avec intention. Bien entendu, elle n'avait jamais parlé de cette plaque à mon collègue. Je n'ai donc nullement l'intention de le critiquer : l'erreur, je l'avais commise comme lui, vu la région inusitée sur laquelle siégeait la lésion. Alors je pousse mes recherches plus avant dans le sens de la spécificité, et j'apprends que la malade perd ses cheveux depuis quelque temps. Elle a aussi des croûtes sur le cuir chevelu. Elle présente une poussée de psoriasis palmaire et une syphilide papuleuse sur les jambes. De tout cela, elle n'avait rien dit, ni à mon collègue, ni à moi, n'y attachant pas d'ailleurs la moindre importance et attirant toujours l'attention sur son état général profondément endommagé. Je prends alors le mari à part, et il avoue avoir eu, il y a sept mois, un chancre qu'il fit soigner par un pharmacien. Il y a quatre mois, il a eu des plaques dans la bouche, et des boutons au cuir chevelu.

J'ajoute enfin, détail bien susceptible d'induire en erreur, que le malade a eu, il y a quatre ans, une bronchite assez sérieuse. Elle présente aussi un souffle systolique à la pointe du cœur.

Pour moi cette observation a une importance capitale. Tout de prime abord paraît écarter le diagnostic de syphilis. Grâce à la dysphagie, je m'étais orienté dans ce sens, et, malgré cela, le diagnostic faillit m'échapper. Cela prouve encore très nettement que la syphilis peut causer l'hypertrophie des amygdales sans que l'on puisse même découvrir dans cette hypertrophie des caractères distinctifs certains.

En mars 1892, je vis à ma clinique un enfant de quinze ans, auquel on en aurait donné douze au plus, tant il était petit et chétif. Il se présente de la part d'un de mes anciens maîtres qui me prie de l'examiner pour voir s'il ne serait pas atteint de tuberculose amygdalienne. L'enfant déclare qu'il *souffre pour avaler depuis trois mois* : chaque fois qu'il mange, il éprouve une vive douleur au niveau des amygdales. Au simple énoncé de ce symptôme, je déclare à mon interne que le cas est fort gênant, qu'il va endommager notre statistique, car rien ici ne permet de songer à la syphilis. J'examine les amygdales, je les trouve très hyper-

trophées avec des sillons et des anfractuosités en grand nombre : la surface offre un aspect opalin légèrement disséminé, mais cependant trop peu caractéristique. Je cherche alors dans tous les coins et recoins de la bouche et je suis enfin heureux de découvrir *une plaque muqueuse unique à gauche en dedans de la lèvre inférieure*. Il existe des ganglions cervicaux. Je ne trouve rien à la verge, rien sur le cuir chevelu. La poitrine présente une roséole légère. Mon diagnostic s'est d'ailleurs confirmé dans la suite, car, huit jours après, les symptômes étaient bien plus accentués. Mon ancien maître avait un instant songé à la syphilis, mais il l'avait naturellement écartée, vu les circonstances particulières du cas et l'apparence si peu caractéristique des amygdales. L'enfant travaillait dans une verrerie, mais il ne soufflait jamais le verre. L'inoculation s'est-elle faite par l'amygdale? Je ne puis l'affirmer, son frère vint aussi à la clinique quelque temps après : il avait aussi de l'hypertrophie des amygdales, mais se plaignait d'amygdalites à répétitions, d'une durée moyenne de cinq à six jours. Il n'y avait rien de spécifique dans son cas.

En avril 1893, vient consulter à la Croix-Rousse un jeune homme qui souffre pour avaler depuis un mois. Ses amygdales sont hypertrophiées et couvertes de points blanchâtres. Il s'agissait de légitimer le diagnostic porté *a priori*, les lésions n'étant pas suffisamment nettes. Ce malade était accompagné de sa mère : une première exploration dénote des ganglions à la nuque; et, au thorax, un soupçon de roséole. Interrogé à part, il avoue une blennorragie fin décembre 1892, rien ne permet d'affirmer qu'il ait eu un chancre à ce moment, et on se passe de l'examen des organes génitaux pour affirmer qu'il s'agit à la gorge de syphilis secondaire et instituer le traitement.

Une superbe roséole, trois jours après, levait les derniers doutes.

En juin 1892, un jeune homme accompagné de sa mère se présente au cabinet de M. Garel ; il déclare ne plus pouvoir avaler sans douleur depuis trois mois. Cette dysphagie chronique

met aussitôt sur la voie de la syphilis et il est procédé dans ce sens à un examen minutieux. Cet examen ne permet de déceler dans bouche aucune plaque muqueuse : les amygdales ne sont pas non plus hypertrophiées. Tout au plus relève-t-on une coloration rouge du voile au côté gauche et une teinte opalescente des deux piliers. Le pilier postérieur droit présente en outre un papillome réticulé. Le diagnostic *de visu* était donc fort délicat : il était impossible d'interroger le jeune homme devant sa mère, et il n'offrait aucun stigmate de syphilis secondaire, si ce n'est quelques croûtes au cuir chevelu (?). Le diagnostic fut maintenu cependant, et avec raison, car le malade, revenu seul le lendemain, avouait avoir contracté la syphilis en janvier.

Un autre jour, c'est une domestique âgée de vingt et un ans qui vient se plaindre d'une dysphagie de deux mois. L'examen de la gorge n'est rien moins que probant ; il s'agit de deux grosses amygdales enflammées, sans rien qui ressemble à une plaque muqueuse. Il faut dire d'ailleurs que l'acuité de la dysphagie est moindre qu'au début du mal de gorge, et n'a été insupportable qu'un mois durant. Mais enfin, les traitements n'y ont rien fait, et elle s'éternise.

Ici la syphilis est implicitement avouée, il y a eu des plaques rouges sur le tronc et les membres, céphalée tenace, chute des cheveux. Le nez est bouché depuis un mois et demi et cela correspond à des ulcérations nasales. Le traitement spécifique enfin sert de critérium.

Il y a deux ans, vient à la Croix-Rousse un sujet souffrant depuis six semaines d'une dysphagie très marquée, même pour la salive : il avoue deux blennorragies, mais pas de syphilis. Ses amygdales sont hypertrophiées, à cryptes très rouges : la rougeur s'étend à la luette sans intéresser le reste du voile. Au bord droit de la langue, une ulcération semble liée à une mauvaise dent. Le traitement spécifique, dicté par l'idée préconçue, modifie rapidement l'état de la gorge, sans faire disparaître l'ulcération linguale. Le malade ne

souffre presque plus pour avaler huit jours après, alors que la douleur l'avait empêché de dormir pendant plus d'un mois.

Enfin, un employé à la Compagnie P.-L.-M., âgé de trente-deux ans, vient au mois d'avril 1893, se plaindre d'un mal de gorge qui s'éternise. Il a eu le chancre il y a trois mois. Sa gorge n'a *rien de caractéristique*, si bien qu'on laisse le diagnostic en suspens, tout en ordonnant un traitement spécifique : 2 pilules de Dupuytren par jour. Il revient deux semaines après avec des plaques muqueuses très abondantes sur les piliers et la luette.

En voilà assez pour mettre en relief le compte qu'il faut tenir de la durée de la douleur pour l'appréciation de certains maux de gorge. C'est avouer aussi que, tant que cette durée n'atteint pas quinze jours, l'état inflammatoire d'une gorge que rien ne caractérise, peut être mis sur le compte d'une angine simple. Bien que cette durée d'une angine soit déjà excessive, il vaut mieux conserver sa valeur au signe en ne le faisant pas servir à des conclusions prématurées et fort discutables.

Quand, au contraire, elle aura été nettement prolongée au delà de trois semaines, elle devient assez caractéristique pour que le médecin qui veut déceler une syphilis antérieure oublie de s'en enquérir.

Des accidents secondaires, beaucoup ont une allure qui trompe le malade aux souvenirs duquel il faut faire appel.

Il a pris la céphalée pour une migraine, les douleurs articulaires pour du rhumatisme, les syphilides cutanées pour des éruptions, des dartres qu'il n'est jamais en peine de rapporter à des causes imaginaires, les syphilides muqueuses pour des écorchures.

« L'angine secondaire, dit Fournier qui énumère ces difficultés de recherche, est généralement confondue par le malade avec l'angine commune, le mal de gorge vulgaire, résultant d'un coup de froid. »

Or il est remarquable au contraire de voir comme un sujet est impressionné par une longue crise de dysphagie, et comme il en garde le souvenir. Son mal de gorge ayant dépassé de beaucoup la durée ordinaire, il s'est très bien rendu compte qu'il s'agissait d'un mal spécial ; la résistance aux divers traitements l'a inquiété ; à ce moment aussi, il a consulté et a pu être édifié sur la nature de son affection.

Demandez donc : *Avez-vous eu à un moment donné un grand mal de gorge?* Informez-vous surtout de la durée de ce mal, et si elle atteint franchement ou excède trois semaines, l'enquête a fait un pas sérieux.

Faut-il compter beaucoup sur l'aspect de la gorge? Non, si les lésions sont anciennes, en dépit de ce que dit Langlebert dans une sorte de formulaire qu'il établit pour l'interrogatoire raisonné.

« § XVI. — Y a-t-il eu des plaques dans la bouche? Les plaques ont laissé en général des traces indélébiles sur la muqueuse des amygdales et du voile. Celle-ci, au lieu d'être lisse comme d'habitude, présente une surface irrégulière, d'aspect rugueux et comme chagriné. Les bords du voile du palais, les arêtes des piliers ont perdu la netteté de leur contour¹. »

La crise de dysphagie prolongée qu'a pu causer la poussée de plaques muqueuses est infiniment plus probante.

¹ Langlebert, *Syphilis et mariage*.

En somme, c'est là un signe dont le médecin devra se souvenir, non seulement dans les cas difficiles, mais dans tout interrogatoire, et qui mérite de prendre place à côté de ceux qu'il est de pratique courante de demander.

D'autant que cette simple question peut mettre sur la voie d'un chancre amygdalien, ce qui permet, l'angine primitive étant toujours plus facile à reconstituer, d'établir du coup et la réalité et la porte d'entrée de l'affection.

CHAPITRE III

Accidents tertiaires.

Si la ténacité de la dysphagie est parfois d'interprétation difficile à la période secondaire, elle ne s'explique que trop avec les lésions tertiaires dont le caractère est de s'éterniser en acquérant une gravité croissante, tant qu'un traitement rationnel ne vient pas les enrayer. Ce n'est pas qu'elles aboutissent fatalement à ces délabrements lamentables qui rendent méconnaissable le fond de la gorge et impossible une alimentation même liquide (ces cas heureusement rares supposent une malignité galopante); mais même les ulcérations gommeuses qui doivent se réparer d'elles-mêmes ne le font pas vite, et entretiennent quelquefois, durant des semaines, un état inflammatoire du fond de la gorge que chaque mouvement fonctionnel accuse douloureusement. Et c'est là un cercle vicieux, puisque c'est à cette circonstance même que tout, dans l'arrière-gorge, est synergique d'une fonction automatique et

brutale, que la cicatrisation doit d'être si malaisée. Les syphilides cutanées de la même période guérissent autrement vite.

Y a-t-il lieu d'établir, au point de vue des phénomènes douloureux, la classique distinction entre gomme et syphilides ulcéreuses ? Il vaudrait mieux dire entre : gomme au début et ulcération constituée, quelle qu'en soit la nature, tant il est vrai que la gomme évolue insidieusement d'abord, et que l'ulcération tertiaire ne saurait manquer d'éveiller l'attention du sujet par une douleur accentuée et toujours tenace.

Pour cette raison, Fournier a pu dire :

« Les syphilides gommeuses du pharynx ne s'observent guère en pratique qu'à l'état d'ulcération. »

Les nombreux exemples que nous avons vus nous portent à accepter sans restriction l'opinion de Peter, à savoir que « les syphilides ulcéreuses (et, nous l'avons dit, les ulcérations gommeuses rentrent au point de vue pratique dans la même catégorie) sont toujours accompagnées de douleurs vives et d'inflammation notable », et à ne pas exagérer la distinction que cet auteur semble vouloir faire entre les lésions ulcéreuses du voile ou du pharynx et celles de l'amygdale, les premières donnant lieu « à une douleur atroce » lors de la déglutition, les secondes à « une douleur minime », vu le peu de réaction inflammatoire.

Il ne nous semble pas que cette réaction inflammatoire, non plus que les phénomènes douloureux, varie beaucoup suivant le point de l'arrière-gorge où l'ulcération évolue, et nous avons toujours été frappé de la constance autour de l'ulcération tertiaire d'une zone rouge vif qui

au pharynx notamment, tranche sur le fond grisâtre de l'ulcération et est le reflet d'une vive inflammation, de voisinage. Cette inflammation, née de l'ulcération, est entretenue par les irritations répétées qui l'éternisent comme la lésion principale, et, à notre avis, entre pour une bonne part dans la pathogénie de la douleur. Que celle-ci soit en partie mécanique, de par le contact irritant du bol alimentaire avec l'ulcération, rien de plus certain, mais les plans qui la supportent et l'entourent sont tellement endoloris par l'inflammation que leurs déplacements, leurs contractions forcées interviennent pour une grande part. Et c'est cette participation d'une grande partie de la gorge à une lésion qui elle-même peut être de dimensions modestes, qui permet de dire : « Angine syphilitique ulcéreuse tertiaire », en restant fidèle à la définition de l'angine qui est « affection phlegmasique du pharynx ou de l'isthme ».

Notre désir n'est nullement de passer en revue les diverses modalités des lésions tertiaires : nous voulons seulement indiquer quelle est l'allure de cette angine, ce que racontent les malades quand, de guerre lasse, ils viennent consulter.

Et d'abord comment se fait-il qu'ils aient cru à une angine banale, et aient laissé évoluer ces graves lésions avec tant d'incurie ? Par la bonne raison que l'angine tertiaire, quelque paradoxal que cela paraisse, peut avoir au début les allures d'un mal de gorge très ordinaire. Que cela ait débuté par un peu de cuisson ou de sécheresse à la gorge, avant que s'installe une désespérante dysphagie, que le début ait été au contraire à grand fracas, le malade ne manque pas de trouver quelque cause occasionnelle, le

froid presque toujours, à cette pseudo-angine. Il l'a traitée par des gargarismes ou autre médication anodine, et la persistance du mal de gorge, bien plus son aggravation en dépit de tout, a seule éveillé son attention. En y regardant d'un peu près, l'absence de phénomènes généraux au début d'une telle angine aurait pu le faire, comme la localisation à tel ou tel côté de la gorge, mais le vulgaire n'analyse pas, et ne trouve rien d'anormal à ce mal de gorge que son anormale durée.

Nous ne saurions trop insister sur ce fait que, à cette période comme aux deux autres, c'est la ténacité des phénomènes douloureux qui oblige le malade à venir consulter, et que cela seul, avant l'ouverture même de la bouche, doit faire penser à la syphilis.

La gorge est endolorie par l'inflammation, mais il est rare que le malade souffre beaucoup à l'état de repos des organes; la douleur atroce qui marque le second temps de la déglutition n'en est que plus frappant. Y a-t-il des degrés dans cette dysphagie? Certes oui; et il est indéniable que l'état plus ou moins avancé des lésions explique la *gamme douloureuse* depuis une simple gêne, jusqu'à cette impossibilité absolue d'alimentation qui a vite faite de cachectiser le malade. La susceptibilité plus ou moins grande de la gorge n'intervient qu'à titre de facteur secondaire.

Nous ne saurions trop nous élever contre cette idée que les syphilides tertiaires sont d'autant plus malignes que les accidents initiaux ont été accusés. C'est au contraire un sujet d'étonnement que de voir les porteurs de telles lésions raconter le peu dont ils se souviennent. En voici quelques exemples, pris au hasard de nos observations :

Homme, cinquante-neuf ans, boutons et écoulement il y a quinze ans.

Homme, trente-trois ans, nie absolument la syphilis: père de deux enfants bien portants; sa femme n'a jamais fait de fausses couches.

Femme, trente et un ans, a eu des boutons dans les cheveux il y a un an, et quelques boutons sur le corps.

Surface ulcérée grisâtre, sorte de rideau déchiqueté pendant dans le pharynx. Dysphagie absolue depuis trois semaines.

Enormes lésions ulcéreuses, ayant détruit à droite amygdale et piliers, empiétant sur le voile. Dysphagie de plusieurs semaines.

Gomme destructive de la luette. Dysphagie intense de quinze jours.

Ces observations sont toutes particulièrement probantes de la durée de la dysphagie, puisque c'est pour cela justement que viennent consulter les malades. Nous mettons les symptômes fonctionnels en regard des lésions :

Homme, trente trois ans. Dysphagie de deux mois, très accentuée, même pour la salive.

Œdème rougeâtre du pilier postérieur droit. Syphilide ulcéreuse paraissant à peine sous l'arc du voile palatin et remontant sur la paroi postérieure du pharynx.

Homme, trente-huit ans. Dysphagie de trois semaines, plus accentuée depuis huit jours, mais permettant l'alimentation. Excellent état général.

Ulcération grosse comme un haricot sur l'amygdale gauche. Congestion du pharynx et du voile.

Homme, vingt-six ans. Dysphagie d'un mois; les gargarismes émollients et au chlorate de potasse ne l'ont pas atténuée. Il ne prend plus que du lait et des œufs, et a beaucoup maigri.

Amygdale gauche modérément grosse, creusée d'une ulcération jaunâtre, que borde une vive rougeur périphérique.

Femme, vingt-sept ans. Dysphagie notable de trois semaines. Avait auparavant de fréquentes amygdalites, n'excédant pas une durée de huit jours.

Amygdale droite hypertrophiée, très rouge, avec crypte blanchâtre. La luette est un peu œdématiée de ce côté. En arrière, gomme ulcérée du pilier postérieur.

Homme, trente-huit ans. Dysphagie de trois mois, ne boit plus qu'un sou de lait par jour : les liquides refluent par le nez. Voix nasonnée.

Gomme du voile, amygdale et piliers au côté gauche.

Nous n'avons absolument vu que deux cas où les douleurs d'angine étaient insignifiantes, avec des lésions de même ordre.

Homme, trente et un ans. Déglutition un peu douloureuse depuis un mois.

Gomme de l'amygdale droite empiétant sur le pharynx.

Femme, vingt-cinq ans. Dysphagie assez minime depuis le début des accidents.

Vaste gomme ulcérée des bords du voile. Luette détruite.

Nous avons dit que les malades parlent souvent d'un mal de gorge qui au début *ressemblait aux autres*.

Une femme vient à la Croix-Rousse, rapportant à l'influenza le début de son mal de gorge. Elle souffre beaucoup, c'est une « angine » qui ne veut pas guérir. Or, il s'agit d'une gomme ulcérée du pharynx au côté gauche, qui entame le pilier postérieur du même côté.

Une autre, à la consultation de M. le Dr Aubert, racontait un début brusque des symptômes douloureux qui, durant quinze jours, l'empêchèrent de s'alimenter. Elle crut à une forte angine et ne consulta pas. Depuis, la dysphagie a progressivement cédé et il ne

reste plus qu'un picotement au passage des aliments solides. Une des amygdales est comme déchiquetée par le processus ulcéreux : le pilier postérieur du même côté est adhérent à la paroi pharyngée.

Les exemples ne sont pas rares non plus où le médecin, méconnaissant le diagnostic pour une raison ou pour une autre, laisse au sujet toute sa confiance.

C'est le cas d'un malade, âgé de trente-six ans, qui vint à la consultation de la Croix-Rousse, pour une dysphagie de neuf mois, accentuée surtout depuis six, qui l'avait conduit à un notable amaigrissement. On l'avait traité par des badigeonnages et des pilules ferrugineuses. La gorge montrait, sans ulcération apparente, une luette rouge et tuméfiée : adhérence à gauche du pilier postérieur au pharynx. 4 grammes d'iodure firent cesser la dysphagie en deux jours.

Ici, c'est une femme de trente ans, qui souffre depuis six mois. Elle a vu trois médecins et subi de nombreux traitements, même l'iodure, mais à doses insignifiantes. La faute est on ne peut plus inexplicable à l'aspect d'une excavation à fond pultacé qui remplace absolument l'amygdale gauche et entame le pilier postérieur : l'autre amygdale porte une ulcération légère. Au point qu'il faut donner assez longtemps de fortes doses d'iodure pour vaincre la douleur et réparer à peu près les dégâts.

Et c'est là le point intéressant, de telles erreurs sont quelquefois excusables, soit que l'accident tertiaire ne soit pas ulcéré, soit qu'il s'agisse d'une ulcération un peu difficile à déceler, vu son siège.

M. Garel rapporte le cas d'une femme qui accusait une dysphagie notable et n'offrait à l'examen qu'une amygdale hypertrophiée sans ulcération. Il fit des cautérisations au galvano-cautère ; mais la

douleur persistait d'une façon singulière, et, bien des jours après, la malade avait au pilier postérieur une ulcération, produite dans l'intervalle de deux visites. Il fallut se rattacher à l'idée d'une lésion tertiaire, dont l'iodure eut du reste bien vite raison.

Nous n'oublierons non plus cette observation intéressante, extraite de sa monographie.

En juin 1892, se présente à la consultation un jeune homme de trente-trois ans, habitant le Jura, qui vient consulter pour une vive dysphagie dont il souffre depuis un mois. Il aurait eu également, il y a dix-huit mois, une dysphagie analogue pendant quatre semaines environ. De suite, je songe à la syphilis, sa voix a un léger timbre nasal, mais il ajoute à cela qu'il est enrhumé du cerveau depuis deux jours. Je fais ouvrir la bouche du malade, et malgré un éclairage parfait, je ne vois absolument rien ni sur les amygdales, ni sur le pharynx, ni sur les piliers. La luette seule a une teinte un peu rouge, mais cela ne suffit pas à expliquer la douleur assez intense qu'il accuse. Grand était mon désappointement quand j'eus l'idée de pratiquer la rhinoscopie postérieure. Je vis alors à mon entière satisfaction une *tuméfaction du côté droit du voile* : la saillie était ulcérée au centre et offrait un fond grisâtre. La face inférieure du voile n'était pourtant pas rouge et rien ne pouvait faire soupçonner l'existence de cette lésion par le simple examen ordinaire de la cavité buccale. Je demande alors au malade à quelle époque il a eu son chancre, et il m'en déclare que l'accident primitif remonte à deux ans. Il avait d'ailleurs été régulièrement traité. Je dois ajouter que la rhinoscopie antérieure démontrait l'existence d'une petite quantité de muco-pus au fond de la narine droite, mais sans lésion apparente de la cavité nasale.

Ce cas a une importance très grande ; rien ne m'engageait à pratiquer la rhinoscopie postérieure, si ce n'est cette dysphagie datant d'un mois. L'absence de toute lésion locale allait ainsi amoindrir la valeur du symptôme et ébranler ma conviction. Il n'en fut rien heureusement. De plus, ce malade avait eu également

dix-huit mois auparavant des accidents spécifiques secondaires qui, eux aussi avaient entraîné de la dysphagie pendant un mois. Je n'ai pas besoin d'ajouter que le malade fut mis à l'iodure, à dose journalière de 4 grammes. La douleur disparut en quarante-huit heures, et, au bout de huit jours, on ne voyait presque plus rien d'anormal à la rhinoscopie postérieure.

On dit bien que cette rhinoscopie postérieure ne doit jamais être négligée ; mais elle n'est pas de pratique courante, et on ne la fait guère, quand le malade accuse un mal de gorge, que s'il y a des raisons très valables de suspecter quelque lésions de ce côté.

En juin 1893, observation analogue, où une dysphagie d'un mois correspond à des ulcérations de la cloison et du dos du voile. Mais ici l'existence d'un coryza purulent indiquait absolument la rhinoscopie postérieure.

Nous relevons enfin, dans deux autres observations :

Homme, vingt-neuf ans. Ulcération très profonde et située fort bas sur la paroi latérale droite du pharynx (il faut abaisser fortement la langue pour la voir).

Homme, vingt-neuf ans. Syphilide ulcéreuse paraissant à peine sous l'arc du voile palatin (et visible seulement quand ce voile se relève).

Il serait fastidieux d'accumuler les exemples. Ceux qui précèdent suffisent amplement à prouver que l'angine syphilitique tertiaire peut avoir au début une certaine brusquerie d'allures ; et que, causée par des lésions dont il est ordinairement facile de reconnaître la nature, un de ses principaux caractères est la longue durée qui, comme aux deux premières périodes, doit faire penser avant toutes choses à la syphilis.

CHAPITRE IV

Aperçus thérapeutiques

En matière de syphilis, toute médication autre que la médication spécifique n'agit qu'à titre temporaire et palliatif. Les lésions syphilitiques de l'arrière-gorge, et les phénomènes douloureux qui en dépendent sont justifi-
ciables d'un double traitement. Le traitement général est indispensable à toutes les périodes et peut suffire, mais aux deux premières, le traitement local est susceptible de lui prêter un efficace secours.

Comment soigner le chancre de l'amygdale? Si on considère que son évolution demande trois à quatre semaines d'une façon presque mathématique, on n'aura guère l'espoir de l'enrayer par le traitement spécifique. Ce qui importe surtout, c'est que le malade soit averti à ce moment de la nature de son mal, des dangers de toute sorte qu'il court à l'avenir et de ceux qu'il fait courir à son entourage; de l'importance qu'il y a pour lui à con-

tinuer pendant longtemps un traitement dont, non prévenu, il se lasserait bien vite. Qu'on institue sans retard ce traitement, rien de mieux. Les phénomènes inflammatoires rétrocéderont en partie, et la douleur de même. Localement, des gargarismes, des attouchements iodés ou autres, permettront au malade d'arriver sans encombre à ce moment où l'amygdale, simplement hypertrophiée, n'est plus que gênante.

A la période secondaire, les syphilides cèdent bien moins facilement au traitement général même énergique qu'au traitement local pur et simple. Les attouchements au nitrate acide de tout point ulcéré, aidés de gargarismes émollients et médicamenteux pour combattre l'inflammation, et surtout d'une hygiène sévère de la bouche (ce qui implique le renoncement absolu aux agents irritants) sont indiqués avant tout pour guérir les syphilides et le gonflement inflammatoire qui en dépend. Que si les amygdales ont pris et gardé un développement excessif et gênent par leur volume, il serait indiqué dans la suite d'en réduire le volume par les moyens ordinaires. Pourquoi le traitement général est-il si indispensable ? « Le mercure, répond Fournier, n'empêche pas les poussées de se produire; il n'a guère d'effet curatif sur elles, mais il les atténue progressivement comme fréquence et gravité ». On le donne donc pour tarir la source et guérir plutôt la syphilis que ses manifestations buccales, car il est certain que le médicament par excellence de la période secondaire, qui est aussi le médicament de fond

¹ Fournier, *Tr. de la syphilis*.

de la syphilis n'a guère d'action sur le gonflement inflammatoire de l'isthme. L'iodure peut-être, de par la théorie, aurait une action plus élective, notamment sur cette amygdalite secondaire, qui est si souvent responsable de la douleur. Son action atrophiante sur les ganglions pathologiques est indéniable : or, l'amygdale à ce moment est-elle autre chose ? L'iodure diminue la pression sanguine et favorise la résorption des exsudats : l'exsudat inflammatoire ne pourrait-il en bénéficier ? Nous regrettons d'avoir sur ce point des observations rares et peu probantes. En voici une cependant, recueillie à la consultation de M. Garel.

Homme, quarante-cinq ans, souffre depuis six semaines. Ses amygdales sont hypertrophiées, à cryptes, très rouges ; la rougeur s'étend à la luette. On donne 4 grammes d'iodure pendant deux jours, puis 2 grammes seulement. Le malade revient à la consultation suivante, ne souffrant plus pour avaler. Ses amygdales sont notablement moins grosses et moins enflammées.

M. Aubert, dans son service des Chazeaux, essaie fréquemment l'iodure à la période secondaire, et s'en loue quelquefois. Il s'étonnait un matin de la persistance des phénomènes douloureux chez une fille de vingt ans, qui depuis quinze jours déjà prenait de l'iodure : et de fait, ses amygdales étaient grosses et couvertes de plaques comme à l'entrée. Tout s'expliqua quand la réaction de la salive eut prouvé que la malade ne prenait nullement son remède. On la surveilla, et à la visite suivante on pouvait noter : « Amygdales simplement rouges et anfractueuses ; la déglutition est un peu douloureuse encore, la gorge sèche au réveil. »

Sur l'intérêt qu'il pourrait y avoir à substituer momen-

tanément l'iodure au mercure, comme on le fait d'ailleurs en maint cas particulier, des recherches sont à faire. Peut-être même l'accident initial serait-il appelé à en bénéficier. Le chancre de cette nourrice dont nous avons parlé au chapitre premier, et celui de sa fille, furent traités par l'iodure, parce qu'on avait cru d'abord à des lésions tertiaires, et il semble réellement que les phénomènes douloureux aient disparu plus vite qu'ils ne l'auraient fait sans traitement.

A la période tertiaire, plus de doutes, c'est l'iodure qu'il faut donner, et d'emblée à fortes doses. Cependant 4 à 6 grammes suffisent en moyenne, sauf dans les cas où il est urgent de parer aux dangers que certaines lésions destructives font courir au malade. Sous l'influence de ce merveilleux spécifique, cause et effet, tout rétrocede avec une étonnante rapidité. A la fin du deuxième ou du troisième jour de traitement, la dysphagie, si prolongée qu'elle ait été, cesse comme par enchantement. La cicatrisation commence, le fond des ulcères se déterge, la teinte grisâtre disparaît: le tout est remplacé par des bourgeons rougeâtres. Le bord de l'ulcération se resserre rapidement d'une façon concentrique: et, en huit jours, l'ulcère le plus étendu est réduit à des dimensions fort restreintes. En quinze jours ordinairement, la guérison est complète.

Nous insistons sur ce fait que la douleur disparaît du fait de l'iodure avant que les lésions aient changé notablement d'aspect, comme si le processus curateur agissait de la périphérie au centre, de la profondeur à la surface, et atténuait avant toutes choses l'inflammation des plans,

surtout musculaires, qui supportent l'ulcération. Faut-il quelques exemples ?

Femme, vingt-sept ans, D. de trois mois et demi (alim. liq. depuis trois semaines). Gomme pharynx et pilier postérieur; la paroi du pharynx présente une ulcération blanchâtre au niveau du pilier, lequel est également entamé. 4 grammes d'iodure. Disparition de la dysphagie après trois jours; l'ulcération décroît rapidement. Huit jours après, il n'en reste plus trace; on réduit la dose à 2 grammes.

Femme, cinquante-trois ans, D. d'un mois. Vaste ulcération pharyngée surtout droite. 6 grammes d'iodure; en trois jours la dysphagie a absolument disparu. A la consultation du jeudi suivant l'ulcération est à peu près disparue; on réduit la dose à 2 grammes. La malade guérie interrompt le traitement. On la voit revenir dans le courant de l'année suivante, avec une nouvelle ulcération, que l'iodure guérit comme la première.

Homme, trente-six ans. D. de deux mois et demi. Enorme ulcération au côté gauche du pharynx. 5 grammes d'iodure; au quatrième jour, la douleur cesse. On revoit le malade deux mois après, avec une simple trace d'ulcération à gauche: le pilier a contracté des adhérences de ce côté.

Homme, trente-neuf ans. D. accusée de deux mois. Gomme intéressant le côté gauche du pharynx avec la face postérieure du pilier gauche. 4 grammes d'iodure. La dysphagie cesse au quatrième jour: il est parfaitement guéri avant la fin de la deuxième semaine.

Homme, quarante-trois ans. D. d'un mois. Luette perdue avec rougeur intense au pourtour, et gros bourgeons à la voûte palatine. 4 grammes d'iodure: la douleur disparaît au deuxième jour. Cinq jours après, l'ulcération de la luette est à peu près cicatrisée: il y a affaissement des bourgeons palatins. Revu aux consultations suivantes dans un état chaque fois plus satisfaisant: on note une

première fois la cicatrisation des bourgeons de la voûte; il n'y a plus trace de luette. Trois semaines après le début du traitement, tout est parfaitement détergé.

La multiplicité ou l'étendue des lésions peuvent rendre la cure un peu plus longue.

Homme, cinquante-neuf ans. D. de trois mois (ne mange plus depuis trois semaines). Surface ulcérée grisâtre, ressemblant à un rideau déchiqueté, pendant dans le pharynx, comme détaché de la paroi postérieure dont il est distant en bas d'environ 1 centimètre. En bas, ce rideau adhère à la partie inférieure des deux piliers postérieurs. 6 grammes d'iodure (avec pastilles de cocaïne). Au bout de trois jours, la douleur est moindre et le rideau s'est notablement détergé. Il revient après un mois de traitement énergique : il ne reste plus que de la rougeur des piliers.

Femme, cinquante-sept ans. D. de trois mois avec voix nasonnée : ulcération pharyngée et perforation de la voûte; le nez est obstrué. 6 grammes d'iodure. Deux lettres disent : au dixième jour : « Je puis boire et manger sans souffrance, mais la gorge n'est pas encore tout à fait guérie et l'oreille bourdonne. » Au vingt-quatrième jour : « Je suis absolument guérie. »

Si l'iodure est impuissant à réparer certaines pertes de substance, à empêcher les déformations et l'atrésie des orifices dans certains cas avancés, on est en droit de tout attendre de son action immédiatement curative.

Telle ulcération pharyngée que le malade a laissé évoluer un ou deux mois fait place en quelques jours à une cicatrice à peine incommode : telle ulcération amygdalienne disparaît sans laisser de traces. L'iodure arrête le processus ulcératif qui ronge les piliers ou va faire tomber la luette. Et, tout rentré dans l'ordre, ou à peu près la fonction s'accomplit fort bien. Nous avons vu à

l'Antiquaille un garçonnet, syphilitique héréditaire sans doute, dont la lucte avait été détruite, les amygdales déchiquetées : la paroi pharyngée offrait deux cicatrices blanchâtres. En dépit de telles lésions, l'iodure avait été donné à temps, puisqu'il avalait sans aucune gêne.

Il est bien inutile d'user du traitement mixte, le mercure ne pouvant qu'ajouter à l'intolérance stomacale. Et dans la suite, après avoir paré au plus pressé par l'iodure, rien n'empêche de revenir à la méthode des « traitements successifs » que Fournier préconise, pour éviter de nouvelles alertes, et de faire contribuer, d'après les principes donnés par ce maître, mercure et iodure, à ce qui est en somme l'objectif : la cure définitive de la syphilis.

CHAPITRE V

De la Dysphagie prolongée et de la valeur qu'il convient de lui accorder.

Les maîtres en syphiligraphie ont bien décrit dans leurs observations ou leurs ouvrages, la dysphagie qui dépend des lésions syphilitiques de l'arrière-gorge. La divergence de leurs appréciations tient aux caractères variables, paradoxaux quelquefois que revêt cette dysphagie chez tel malade, à telle période de la syphilis. Mais ils n'ont pas insisté assez nettement sur la durée excessive de cette dysphagie, ou s'ils l'ont fait incidemment, n'ont pas mis en relief cette importante notion, comme elle mérite de l'être.

Il faut bien en inférer que cette durée ne les a pas spécialement frappés, et la raison, s'il fallait en chercher une, est peut-être qu'ils observaient cette dysphagie chez des syphilitiques avérés, comme symptôme adjuvant, et souvent tout à fait inutile d'un diagnostic fermement

établi. Ils ont observé des angines spécifiques, enregistré des crises de dysphagie plus ou moins longues, mais le caractère de durée n'avait pas pour eux cette importance capitale que nous le voyons prendre dans l'appréciation d'un mal de gorge suspect, chez un sujet dont la syphilis, pour une raison ou pour une autre, est difficilement décelable.

Les sujets qui viennent consulter le spécialiste pour un mal de gorge tenace n'en savent pas la nature, sans quoi ils iraient chez un syphiligraphe. Ils sont même loin de s'en douter et ne mettront pas sur la voie du diagnostic, rapportant leur angine à une cause banale, *a frigore* presque toujours. Il semble bien difficile de préjuger d'emblée de la nature de cette inflammation chronique. L'ouverture de la gorge, avec une certaine habitude des lésions syphilitiques résout le problème *presque toujours*, mais il est des cas où l'appréciation est trop délicate pour qu'il soit impossible de rien affirmer avant d'avoir *examiné* le sujet.

Or les difficultés et les imperfections de cet examen ne sont pas douteuses.

Sauf à la période secondaire, où les stigmates sont ordinairement nombreux, si leur appréciation n'est pas toujours aisée, le médecin devra faire souvent le diagnostic avec la lésion seule, le chancre précédant toute autre manifestation et la syphilis devenant « de moins en moins prodigue de ses manifestations à mesure qu'elle vieillit ». De fait, l'observation démontre que les syphilides tertiaires sont souvent phénomènes isolés de la diathèse.

Tout repose souvent sur les commémoratifs, sur ce que

le sujet raconte des accidents antérieurs. Or il n'est pas douteux que la syphilis est souvent ignorée pour une raison ou pour une autre. L'enquête est quelquefois gênée par la présence d'un tiers : il est difficile de pousser bien loin l'interrogatoire d'un jeune homme qu'amène sa mère, d'un mari que sa femme accompagne. D'autre part, pour toute femme, les plus grands ménagements sont à prendre, car il est bien inutile, si elle n'est pas syphilitique de faire naître chez elle des soupçons. Et, même quand son infection semble certaine, doit-on la mettre sur la voie par un interrogatoire trop pressant, « doit-on le dire ? » avant d'avoir pris l'avis de l'homme, ordinairement le mari, qui est le plus intéressé à la révélation, comme au sens dans lequel elle sera faite ? Faut-il parler des réticences voulues des malades, de leurs négations obstinées ?

Nous n'avons aucunement la compétence voulue pour énumérer ces difficultés, Fournier le fait dans un merveilleux chapitre dont la conclusion est à retenir :

« Il est en syphilis des cas à propos desquels le diagnostic doit être posé exclusivement d'après les données des symptômes actuels, sans tenir compte de l'absence de commémoratifs, et en dépit même des dénégations opposées des malades... La science du médecin doit être au-dessus des allégations du malade; s'il y a de bonnes et scientifiques raisons pour considérer tel symptôme comme syphilitique, son droit et son devoir est de persister dans le diagnostic, et d'instituer le traitement en conséquence. »

Le même auteur a pourtant posé en principe. Ne diagnostiquez jamais la vérole de par un symptôme isolé. Un symptôme isolé est toujours sujet à caution. Ce qui ne

trompe pas, c'est la considération d'une série d'accidents, d'une évolution pathologique.»

Ce principe est on ne peut plus sage. Un ensemble de symptômes force mieux la conviction qu'un seul, fût-il minutieusement analysé ; et pourtant, quand cet ensemble est impossible ou simplement difficile à reconstituer, il faut se faire une opinion avec cette seule analyse.

Supposons donc le cas très défavorable, où le sujet qui vient consulter pour de la dysphagie, avec des lésions plus ou moins caractéristiques à la gorge, ne donne aucun renseignement utile, n'offre aucun stigmate de syphilis.

Quelles bonnes et scientifiques raisons, peut-il y avoir de considérer un tel mal de gorge comme spécifique ? Il faut avoir vu des séries de ces malades accuser un symptôme identique avec les signes objectifs les plus disparates, pour pouvoir dire que c'est la durée anormale, la ténacité de la dysphagie qui fournira l'argument voulu.

Dès lors, sans que la conclusion s'impose, elle a en s'appuyant sur ce signe, beaucoup de chances d'être légitime.

Un tel cas est somme toute exceptionnel, ce qui se présente plutôt, ce sont ceux où rien ne ferait songer à la syphilis, si ce n'est la durée anormale du mal de gorge, où le diagnostic même pourrait s'orienter dans un autre sens, si le médecin prévenu ne parvenait par un interrogatoire pressant ou un examen minutieux à reconstituer l'affection, à en découvrir d'autres stigmates.

Il nous faut définir la **dysphagie prolongée** avec d'autant plus de rigueur que, même lorsqu'elle est bien caractérisée, elle est loin de constituer un critérium, en la question qui nous occupe, et d'être l'apanage exclusif

de la syphilis. Au moins faut-il bien s'entendre sur les caractères que cette dysphagie revêt chez les syphilitiques.

Pour qu'elle ait de la valeur, il faut qu'elle soit nette, assez accentuée et surtout qu'elle dure depuis un temps suffisant.

Et d'abord, quelle est sa nature? L'étymologie (*δυσ*, difficilement; *φαγειν*, manger) répond : une gêne au passage des aliments.

Cette gêne peut être d'origine buccale, pharyngée, œsophagienne.

Cette dernière variété ne saurait entrer en ligne de compte. D'autre part, les lésions spécifiques de la langue, de la voûte, de la muqueuse buccale, des lèvres mêmes sont parfaitement susceptibles de gêner le passage du bol et de le rendre douloureux. Mais la douleur qui nous occupe est essentiellement fonctionnelle, et les lésions qui la donnent méritent d'être rattachées au pharynx en ce qu'elles agissent surtout par leur siège vers la voile et le trouble apporté au passage du bol, au deuxième temps de la *déglutition*. La douleur nulle ou minime en temps ordinaire, s'éveille ou s'exaspère quand le sujet avale ou en fait le simulacre. Son siège, un peu variable avec les lésions, est le plus souvent au niveau des amygdales.

On peut donc la définir « *douleur au passage des aliments, siégeant au niveau des amygdales ou d'une façon plus générale, dans l'arrière-gorge* ».

Il est facile de faire préciser au malade le siège de sa douleur. Pharyngée, la dysphagie peut être rapportée à la syphilis, laryngée, elle a d'ordinaire toute autre signification. Et dans une clinique, le défilé des malades de cette autre catégorie n'est pas moins important. Mais la

confusion n'est guère concevable. Le sujet se rend très bien compte que sa dysphagie est profonde, des troubles de phonation marqués, le cortège symptomatique de la tuberculose ont vite fait d'orienter dans un autre sens. Quant au syphilitique, sauf dans les cas où une longue abstinence l'a fait notablement maigrir, il se présente avec un excellent état général qui ne permet même pas de soupçonner la tuberculose.

Nous avons dit « douleur en avalant ». Et, de fait, en demandant : « *Souffrez-vous de la gorge* » ? on s'expose à des malentendus. Les femmes nerveuses souffrent de la gorge et n'ont pas de dysphagie; les granulations pharyngées donnent une gêne constante, une sensation de sécheresse, de corps étrangers sans dysphagie véritable.

Ce trouble fonctionnel s'accompagne-t-il des autres signes habituels à l'angine : sensations douloureuses même au repos des organes, salivation constante, etc. ? Bien que le complexe symptomatique de l'angine syphilitique soit essentiellement variable qu'il puisse tout comporter, des troubles auditifs, de l'ozène..., suivant les lésions, la dysphagie existe presque toujours à l'état de symptôme isolé. Y a-t-il réaction générale de l'organisme ? Ici encore, on sait que l'angine syphilitique peut avoir, surtout à la période secondaire, une allure fort aiguë, mais le propre de la dysphagie spécifique est de s'éterniser chez un individu bien portant par ailleurs, et d'être forcément apyrétique au bout d'un certain temps, même quand le début a été à grand fracas.

Est-ce une douleur ou une simple gêne ? Celle-ci peut relever d'une affection primitivement syphilitique. C'est une amygdale qui, primitivement hypertrophiée par une

poussée secondaire, est devenue le siège d'une inflammation banale et s'est sclérosée. Mais toute hypertrophie amygdalienne donne une gêne chronique : celle qui relève de la syphilis est une des races susceptibles de donner pendant un temps notable une gêne assez aiguë. Non pas dans tous les cas, puisqu'il est parfaitement certain que maintes hypertrophies syphilitiques sont indolores ou à peu près. Nous voulons dire seulement que pour suspecter la syphilis, une douleur est valable, une simple gêne ne l'est pas. De même pour les autres parties de l'isthme, ce qui permet de compléter comme suit la définition précitée « douleur *assez notable* en avalant ».

Nous arrivons enfin au caractère essentiel, celui de *durée*. Pour adopter un chiffre, le mieux est de consulter les statistiques. Or, celles de la Croix-Rousse donnent, comme laps de temps au bout duquel viennent consulter les malades, des chiffres relativement élevés. Pour le chancre, de trois semaines à un mois, pour les accidents secondaires d'un à deux mois (les limites extrêmes sont quinze jours et cinq mois) ; pour les accidents tertiaires de trois semaines à deux à trois mois (quelques cas de quinze jours ; la moyenne est un mois ; dans quelques cas les symptômes douloureux avaient une excessive durée).

Etant donnée l'incertitude dont tout diagnostic est entaché pendant les quinze premiers jours, cette limite s'impose comme un minimum. Il vaut mieux dire : *trois semaines* pour dépasser franchement la durée des affections aiguës de l'isthme et entrer dans le domaine des affections chroniques.

Car il nous faut maintenant aborder la partie ingrate

de ce travail, mais aussi la plus nécessaire, et aller au devant des doutes multiples que les pages précédentes ont pu faire naître, des objections multiples qu'on ne manquera pas de leur opposer. Nous indiquerons pourquoi, si les doutes sont légitimes, les objections le sont moins et pour ce faire, nous appuierons sur ce qui a inspiré ce travail, les résultats de la clinique journalière de M. le Dr Garel.

Or ceux-ci permettent d'établir :

1° Que les affections autres que la syphilis susceptibles de causer une dysphagie prolongée sont relativement rares.

2° Que dans les cas douteux (et il faut entendre par cas douteux où ceux la recherche exacte des antécédents, alliée à un examen aussi minutieux qu'il se peut faire, ne donne rien de probant), il y a des inconvénients minimes, et des avantages parfois énormes à instituer d'emblée le traitement spécifique.

Quelles sont, aux diverses périodes, les affections susceptibles d'être confondues avec les manifestations de la syphilis ?

Nous avons dit qu'une amygdalite aiguë s'accompagne de phénomènes généraux et n'excède pas deux semaines de durée, si elle est franche. L'amygdalite chronique par contre, l'hypertrophie simple des amygdales est indolore ou cause un peu de gêne : elle est bilatérale et n'a pas ce caractère inflammatoire qui caractérise à la période secondaire celle qui relève des plaques muqueuses ou en est indépendante. L'amygdalite suppurée, quand une évolution est normale, a des caractères trop nets pour qu'on puisse confondre, si ce n'est peut-être, momentanément avec une gomme de l'amygdale.

Que penser des ulcérations consécutives aux amygdalites aiguës ? Elles sont petites, superficielles et se cicatrisent sitôt qu'ont cédé les phénomènes inflammatoires. Celles qui succèdent à une amygdalite phlegmoneuse tendent aussi à une cicatrisation rapide.

Il est des cas embarrassants où l'amygdalite suppurée ne succède pas à une amygdalite aiguë franche. Un abcès s'est formé dans l'amygdale d'une façon lente, en quinze jours ou trois semaines, de préférence chez un sujet à tempérament scrofuleux, affecté d'amygdalite chronique. Cet abcès ouvert, il reste une ulcération qui persiste un certain temps. En un mot, c'est une angine suppurée subaiguë qui s'est établie d'une façon insidieuse. L'ulcération de l'amygdalite grangréneuse, liée à la chute d'une escarre, peut aussi, de par la nature même de l'inflammation qui l'a produite, persister un certain temps.

D'autre part l'amygdalite aiguë n'a pas toujours une résolution franche ; qu'un abcès chronique enkysté de l'amygdale lui succède, le sujet accusera une dysphagie prolongée. Le cas serait embarrassant s'il était moins rare. Mais il faut être prévenu de la possibilité de cette complication : l'existence d'une petite fistule purulente qui laisse sourdre une gouttelette de pus mettra sur la voie, si on analyse de près les caractères objectifs de l'amygdale.

Quelques malades accusent de la gêne plutôt qu'une dysphagie chronique véritable ; si l'on pratique l'examen et surtout l'exploration de l'amygdale à l'aide d'un stylet, on voit sourdre des cryptes de grosses concrétions blanchâtres accumulées ne pouvant s'éliminer parce que l'orifice des cryptes est trop étroit. Tel est aussi le cas des calculs de l'amygdale. Il n'est pas jusqu'aux kystes hyda-

tiques qui ne viennent quelquefois se greffer sur les amygdales, mais ce sont presque des curiosités pathologiques.

C'est à la période tertiaire que le diagnostic, s'il était indispensable de l'établir, rencontrerait les plus grandes difficultés.

En première ligne, le cancer de l'amygdale, ou plutôt la série des ulcérations malignes de l'arrière-gorge, si difficile parfois à distinguer des lésions tertiaires qu'il y a un seul critérium, le traitement par l'iodure.

Faut-il insister beaucoup sur les lésions tuberculeuses de l'arrière-gorge ? La question semblait avoir à certaine époque une importance capitale et s'embrouillait à plaisir, laissant une grande place aux scrofulides et aux lésions hybrides de syphilis et de scrofule. La science a fait justice de certains errements en attribuant à la syphilis héréditaire un grand nombre de ces prétendues scrofulides que le jeune âge des sujets invitait surtout à rapporter à cette vague origine. Aujourd'hui on invoque moins souvent la scrofulo-tuberculose, et, étant donné que la syphilis est le plus souvent responsable des ulcérations *suspectes* de l'arrière-gorge, ce serait une faute grave que de négliger l'essai du traitement ioduré.

Quelles modalités revêtent ces lésions tuberculeuses ? En dehors des ulcérations qui surviennent chez les phtisiques avancés, de la forme miliaire aiguë (maladie d'Isembert), les cas très embarrassants sont ceux où l'ulcération a pris une allure chronique. Le lupus serait impossible à reconnaître, en dépit de caractères différentiels qu'on accumule, s'il n'était accompagné presque toujours de lupus cutané. Autant cette extension d'une forme cutanée est classique, autant le début à la mu-

queuse est exceptionnel : un seul cas a été enregistré à la clinique de la Croix-Rousse durant ces trois dernières années.

Signalons pour mémoire les ulcérations fort douloureuses de l'arrière-gorge qui viennent compliquer le diabète.

Veut-on savoir maintenant dans quelle proportion ces cas embarrassants ont été observés au cours de ces trois dernières années, tant à la clinique de la Croix-Rousse que dans le cabinet de M. le D^r Garel ?

En août 1893, nous classions déjà :

Chancres amygdaliens	8
Accidents secondaires. . . .	42
— tertiaires	35

Il s'agit d'observations absolument valables, le sujet ayant été guéri ou suivi au point de vue des accidents ultérieurs. En ajoutant les plus récentes, c'est un total de 100 cas de syphilis, sur lesquels une vingtaine ont pu permettre des doutes, 10 au moins hésitation assez sérieuse.

Or, durant ces trois années, il est venu à la clinique, 1 lupus primitif (qui a donné lieu à une complète erreur de diagnostic); 3 tumeurs malignes (dont un sarcome chez un jeune sujet); 2 abcès chroniques de l'amygdale ; quelques exemples de ces concrétions amygdaliennes dont nous avons indiqué l'aspect.... Au total une dizaine de cas seulement ont donné lieu à une dysphagie prolongée telle qu'un diagnostic fait *a priori* se fût complètement dévoyé.

Pourrait-on admettre cette proportion minime de 1 pour

10 pour les affections autres que la syphilis ? Ou faut-il admettre que le hasard nous ait servi à ce point ?

Si l'on réfléchit cependant à ce fait que peu de syphilitiques échappent aux manifestations secondaires de la gorge, qui est, dit M. le professeur Rollet, « le grand laboratoire de la syphilis secondaire », à la fréquence malheureuse presque élective, des accidents tertiaires en cette région, à la possibilité de l'accident initial, on s'en étonnera moins.

Quoi qu'il en soit, cette statistique résume la pratique journalière d'un spécialiste qui a toute autorité en la matière, et nous nous retranchons absolument derrière elle pour faire excuser cette ébauche d'un diagnostic différentiel qui, dans maint cas, exige les plus sérieuses discussions.

Légitimer la seconde partie de notre affirmation est plus facile.

Il est certain que le chancre est souvent méconnu ; que les accidents secondaires, si leur aspect n'est pas bien caractéristique, en imposent pour une angine banale, pour peu que le médecin ne soit pas frappé de l'allure spéciale de cette angine, laisse passer inaperçu le temps plus ou moins long depuis lequel elle évolue. C'est après des essais de traitements aussi variés qu'inefficaces que le malade finit par être édifié sur la nature de son affection et la seule façon de la guérir.

A la période tertiaire, le médecin oublie que la syphilis est le facteur le plus fréquent, et pense trop souvent encore à la tuberculose, au cancer, etc... Le traitement insignifiant prescrit, la progression croissante des lésions sont les conséquences désastreuses d'un tel oubli.

En somme, il vaut mieux trop penser à la syphilis que pas assez pour la déceler quand elle existe, et ne pas se laisser influencer à l'excès par des considérations d'âge, de sexe, de conditions sociales. Car la syphilis héréditaire, la transmission entre époux, l'extrême variété des modes de contamination expliquent l'infection dans des cas où l'on n'aurait pas voulu même la soupçonner.

Il le faut surtout pour la guérir. Si l'on songe que beaucoup des affections précitées sont ou peu accessibles à la thérapeutique, ou facilement curables par une thérapeutique banale ; et que, d'autre part les lésions spécifiques relèvent d'un seul et unique traitement, on conviendra qu'il vaut mieux pécher quelquefois par excès pour ne pas pécher plus souvent par défaut.

En particulier, c'est une règle courante que toute lésion qui ressemble de près ou de loin à une lésion tertiaire est justiciable avant tout du traitement ioduré qui, si elle est spécifique, en révélera la vraie nature en la guérissant. On ne s'exposera jamais, sans ce critérium, à traiter chirurgicalement (on connaît les cas de Velpeau et Blandin), une tumeur que de bonnes doses d'iodure feraient fondre en quelques jours.

Bien qu'à la période secondaire le traitement n'ait pas sur les lésions, quand elles sont peu caractérisées surtout, une action aussi immédiate et aussi probante, son administration précoce est trop utile au syphilitique, pour qu'on hésite à l'essayer. Toutes les fois que cela sera possible, le malade, que l'interrogatoire aura du reste mis en éveil, sera averti de l'allure suspecte de son mal, de la possibilité de nouveaux accidents, des précautions qu'il doit prendre pour ne pas contaminer son entourage.

Avant donc de conclure et pour le faire impartialement, nous devons accumuler pour ainsi dire les arguments contraires. Il nous faut reconnaître que la *dysphagie prolongée* peut faire défaut au cours d'une syphilis de l'arrière-gorge, même non traitée, que c'est un signe souvent inutile tant les lésions sont nettes; qu'il est même susceptible (et c'est là la concession la plus importante) de faire croire dans un très petit nombre de cas à une syphilis dont le sujet est indemne.

Toutes ces considérations, quoique fort légitimes, ne nous semblent pas amoindrir notablement la valeur d'un signe clinique qui, pas plus que les autres, ne permet d'arriver à la vérité d'une façon mathématique. Et c'est avec une conviction parfaite que nous terminerons ce travail par l'énoncé d'une formule que les plus intransigeants accepteront, tant elle est pondérée.

L'énoncé du seul symptôme de la dysphagie prolongée doit éveiller l'attention du clinicien dans tout cas douteux. Cette idée préconçue lui permettra d'affermir sa conviction si elle est hésitante, en recherchant la syphilis par un interrogatoire et un examen minutieux, et, ce qui importe plus encore, d'instituer sans retard un traitement dont l'oubli pourrait avoir des conséquences très graves, et pour sa réputation médicale, et pour l'avenir de son malade.

CONCLUSIONS

I. Le chancre de l'amygdale est plus fréquent qu'on n' imagine. Il donne constamment lieu à une dysphagie dont la durée (trois semaines à un mois) peut aider à un diagnostic que les caractères objectifs ne suffisent pas toujours à légitimer. De même pour les diagnostics rétrospectifs qui expliquent bien des syphilis « à porte d'entrée inconnue ». La médecine légale devra dans certains cas penser à ce chancre et en discuter l'étiologie.

II. Les accidents secondaires, même fort minimes, peuvent donner une dysphagie longue et tenace. La gorge n'a pas toujours d'aspect bien caractéristique, la

recherche des autres accidents secondaires peut être délicate et infructueuse. Ici encore la durée de la dysphagie servira à poser le diagnostic, au moins à insister sur les recherches minutieuses qui le confirment.

III. Les accidents tertiaires donnent constamment une dysphagie qui s'éternise comme les lésions, et peut devenir horrible si elles sont avancées. On peut concevoir que dans les cas de lésions non ulcéreuses, d'ulcérations difficiles à voir, vu leur siège, le signe de la dysphagie prolongée puisse servir à diriger l'examen. En cas de doute d'ailleurs, on n'hésitera jamais à donner l'iodure pour se faire une conviction.

IV. Le traitement ioduré donne en effet des résultats merveilleux à la période tertiaire, et fait rétrocéder la douleur avant même que les lésions aient notablement changé d'aspect. Aux deux premières périodes, le traitement général qui trouve dans la médication locale un efficace secours contre les phénomènes douloureux, n'est pas moins indispensable pour sauvegarder l'avenir.

V. Il semble que, d'une façon générale, une dysphagie excédant trois semaines puisse faire préjuger de la nature syphilitique d'un accident guttural. Nous n'affirmons rien de plus, et ne donnons pas au signe une valeur plus exagérée qu'il ne convient. Ce qui est certain, c'est que, *dans la pratique*, une dysphagie prolongée doit toujours éveiller l'attention de ce côté.

Nous reconnaissons parfaitement que certaines affections chroniques, autres que la syphilis, donnent lieu à une

dysphagie d'aussi longue durée. Mais ces cas sont relativement fort rares, et en présence de la difficulté de certains diagnostics différentiels, il vaut mieux, et c'est là notre conclusion, s'exposer à déclarer syphilitique un accident banal, qu'à traiter d'une façon banale un accident syphilitique.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

ROLLET.

Vu, bon à imprimer :

POUR LE DOYEN DE LA FACULTÉ, L'ASSESEUR,

A. GAYET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

E. CHARLES.

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Chancre de l'amygdale	9
CHAPITRE II. — Accidents secondaires	19
CHAPITRE III. — Accidents tertiaires.	35
CHAPITRE IV. — Aperçus thérapeutiques	44
CHAPITRE V. — De la dysphagie prolongée et de la valeur qu'il convient de lui accorder	51
CONCLUSIONS	65



